POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZE WSPOŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁŁABANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA W KRAKOWIE, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DOC. DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Listopad | ROCZNIK DRUGI | 1900.

I. PRACE ORYGINALNE.

1. Hydroelektryzacya oka.

Podał

KAZIMIERZ NOISZEWSKI.

Od dawna już próbowano leczenia elektrycznością chorób ocznych: Dutrait[1]) próbował leczyć faradyzacyą podwinięcie rzęs i brzegu powieki, faradyzował on włókna mięśnia okrężnego, wychodząc z założenia, że podwinięcie rzęs i powieki jest następstwem zwątlenia i zaniku tego mięśnia; jaglicę powiek próbował leczyć Snell[2]) katodą w postaci guzika miedzianego, dotykając spojówki, pokrytej jagłami.

Arcaleo[3]) faradyzował zmętnienia na rogówce i zrosty tęczówki.

---

[1]) Dutrait: Du traitement galv. dans certaines formes de renversement des paupières. Lyon méd. 1875. Nr. 32, 33.

[2]) Simon Snell: The ophthalmic Reviev. 1897. Juni.

[3]) Arcaleo: Saggi di elettroterapia oculare. Gaz. Clin. di Palermo. 1870. Nr. 10.

Neftel[1]) próbował przepuszczać prąd galwaniczny w początkach zaćmy, Le Fort[2]), Onimus[3]) i Henryk Zapolski-Downar[4]) leczyli zmętnienia ciała szklistego przepuszczaniem przez gałkę oka słabych prądów galwanicznych.

Dor[5]) galwanizował oczy w chorobach naczyniówki, Pflueger[6]) przy zapaleniu nerwu wzrokowego i przy zaniku nerwu wzrokowego. Leber[7]), Erb[8]), Rumpf[9]) galwanizowali siatkówkę i nerw wzrokowy i siatkówkę przy różnych stanach zapalnych i zanikowych.

Wszystkie te próby jednak nie znalazły licznych zwolenników i nie dały dotąd ani jednej stałej ogólnie przyjętej metody leczenia chorób ocznych elektrycznością.

Gdy w chorobach układu nerwowego elektryczność jest rzeczą użytku codziennego, to rzecz się ma odwrotnie z chorobami ocznemi: nie wszystkie kliniki oftalmiczne zaopatrzone są nawet w przyrządy do elektryzacyi oka.

A jednak obecność siatkówki, nerwu wzrokowego, nerwu trójdzielnego, nerwów współczulnych, nerwów okoruchowych pomimo woli nasuwa myśl, że elektryczność mogłaby być i tutaj pożyteczną.

---

[1]) Neftel: Ueber d. galv. Behandlung d. Cataracta incipiens. Virch. Arch. Bd., 79, 5, 465. 1880.

[2]) Le Fort: De la guerison de la cécité due a l'opacite du corps vitré et leur traitement par les courants continus faibles et permanents. Gaz. des hôp. 1874. Nr. 79.

[3]) Onimus: Traité d'électricite médicale. Paris. 1872.

[4]) Zapolski-Downar: Kilka spostrzeżeń zastosowania prądu stałego w zmętnieniach ciała szklistego. Książka Jubileuszowa Szokalskiego. 1884. Str. 234.

[5]) Dor: Beitraege z. Electroterapie d. Augenkrankheiten. Arch. f. Ophthalmologie. XIX. 3, 5, 316. 1873.

[6]) Pflueger: Neuritis optica. Arch. f. Ophthalmologie. XXIV. 2. 1878.

[7]) Leber: Krankheiten der Netzhaut u. Sehnerven. Graefe-Saemisch: Handb. d. Augenheilk. V. S. 828—875. 1877.

[8]) Erb: Zur galv. Behandlung v. Augen u. Ohrenleiden. Arch. f. Augen und Ohrenheilkunde. II. S. 1. 1871.

[9]) Rumpf: Zur Wirkung des farad. Pinsels bei einem Fall von Neuritis Optica mit Myelitis transversa. Deutsch. med. Woch. 1881. Nr 32.

Wszak oftalmologia tylko na szerokiem tle neuropatologii z jednej, a fizyki z drugiej strony pojmowana, jest wielką i piękną nauką, zacieśniona zaś i ograniczona do zdejmowania zaćm i szorowania siarczanem miedzi spojówki, staje się rzemiosłem, podobnem do dentystyki.

Tymczasem może żaden inny specyalista nie okazuje tyle niechęci do innych działów medycyny, co oftalmolog.

Znam osobiście profesorów klinik okulistycznych, którzy nawet chorych na zanik nerwu wzrokowego odsyłali do neuropatologa.

Nie umiem też sobie inaczej wytłómaczyć tej niechęci do elektryzacyi.

Zaraz na samym wstępie do elektroterapii oka spotyka nas nielada trudność: określenie i ustalenie cech odczynu galwanicznego nerwu wzrokowego.

O ile odczyn galwaniczny nerwu słuchowego jest już poznany i określony dla stanu prawidłowego i chorobowego, o tyle dotąd nie ma zgody co do odczynu galwanicznego nerwu wzrokowego. Legros i Onimus[1]) tłómaczą odczyn ten czynnością zwrotną z nerwu trójdzielnego, Gillet de Grandmont[2]) przypuszcza, że odczyn ten zależy od stanu samej siatkówki i gdy oko badane prądem zamiast odczynu sinego daje odczyn żółty, uważa Gillet de Grandmont wypadek taki za mało pomyślny.

Co do mnie, to na podstawie osobistego doświadczenia na wielkiej ilości oczów chorych i zdrowych przyszedłem do wniosku, że:

1. jedynym odczynem galwanicznym oka zdrowego jest biały, niezbyt wyraźny błysk;

2. odczyn barwny należy uważać za stan wzmożonej chorobą pobudliwości;

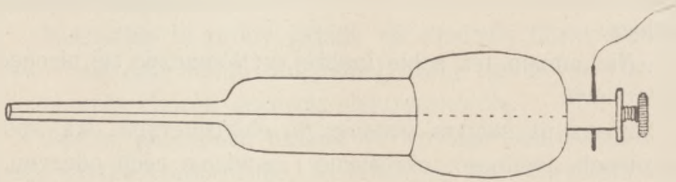
---

[1]) l. c.

[2]) Gillet de Grandmont: Traité élementaire pratique d'électricité médicale par Burdet. De l'action des courants électriques continus appliqués au voisinage du cerveau i t. d.

3. przy braku poczucia światła może pozostać jeszcze odczyn galwaniczny nerwu wzrokowego.

Od roku 1890 używam do elektryzacyi oka hydroelektrody, przyrząd ten pozwala elektryzować oko przez wodę; podczas elektryzacyi końcówka hydroelektrody nie dotyka wcale oka, bo pomiędzy końcówką a okiem znajduje się warstwa cieczy. Jak widzimy, jest to zwyczajny kroplomierz, wzdłuż którego



Hydroelektroda.

przechodzi drut srebrny z końcem platynowym, drut ten przy pomocy śrubki łączy się z drutem układu elektrycznego.

Hydroelektryzacya odbywa się w następujący sposób. Usadawia się chorego na krześle z wysoką poręczą, przechyla się głowę jego nieco w tył. Wskazicielem lewej ręki unosi się powiekę górną, a paluchem tejże ręki odciąga się na dół powiekę dolną.

Teraz hydroelektrodą, napełnioną letnim roztworem fizyologicznym soli kuchennej, wlewa się roztwór do worka spojówki, nie dotykając końcem hydroelektrody tkanek oka, podczas gdy druga elektroda, obojętna, trzymana jest na karku lub pod szczęką tej strony, po której znajduje się oko elektryzowane.

---

[1]) K. Noiszewski: Demonstracya hydroelektrody. Hydroelektroda jedno- i dwubiegunowa. Sekcya okulistyczna VI zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie 1891 r. Prace V zjazdu rosyjskich lekarzy w Petersburgu 1894 r.

Przy pomocy hydroelektrody[1]) możemy działać na oko kataforezą, elektrolizą i katalizą.

1. Kataforeza jest mechanicznem przemieszczaniem cieczy i cząstek w niej zawartych w kierunku od anody ku katodzie.

2. Elektroliza jest chemicznem działaniem prądu na ciecze i tkanki i skierowaniem anionów ku anodzie, a kationów ku katodzie.

3. Kataliza jest fizyologicznem działaniem prądu, mianowicie rozszerzaniem lub zwężaniem naczyń krwionośnych i chłonnych, powiększaniem lub pomniejszaniem ciśnienia wewnątrztkankowego, działaniem ożywczem na nerwy i mięśnie.

Kataforeza. Prąd galwaniczny, przechodząc przez ciała porowate, napojone cieczą, unosi ciecz w kierunku od anody do katody; podobnie jak w łuku Wolty, cząstki węgla przenoszone są od anody do katody, tak i w tkankach żywych wszelkie cząstki mniej spójne unoszone są w tymże kierunku. Już w roku 1863 Quincke ciecz, nalaną do wąskiej cewki, schyłonej pod kątem, przy pomocy prądu, przemieszczał od anody ku katodzie; przemieszczał w ten sposób nie tylko ciecze nieulegające rozkładowi, ale i elektrolity.

Wprowadzono następnie, przy pomocy katoforezy prądów galwanicznych, do ustroju przez nieuszkodzone tkanki roztwory jodku potasu i innych leków i wyprowadzano z ustroju jady. Adamkiewicz, Eulenburg[2]), Ultzmann[3]), Rosenthal[4]), Munk[5]) pracowali nad sposobami wprowadzania leków za pomocą kataforezy.

---

[1]) Hydroelektrody wyrabia elektromechanik Hirschmann w Berlinie, Johannistr. 14, 15 i optyk Urlaub w Petersburgu.

[2]) A. Eulenburg. Elektrolyt. Durchleitung von Jod durch die thierisch. Gewebe. Berl. kl. Woch. 1870. Nr 1.

[3]) Ultzmann: Ueber die elektrol. Durchleit. von Jod. Wien. med. Pr. 1870.

[4]) M. Rosenthal: Ueber Galv. Joddurchleitung durch thierische Haut. Idem. Nr. 50. 21—24.

[5]) H. Munk: Ueber d. galv. Einführung differenter Flussigkeiten in den unversehrten lebenden Organismus. Arch. Dubois R's. 1873. S. 505.

Metodą Munk'a po 15—30 minutach można wprowadzić do ciała bardzo znaczne ilości roztworów, tak, iż u królika występują drgawki od strychniny, w ten sposób wprowadzonej, a u człowieka w ciągu kilku następnych godzin znajdujemy chininę i jodynę w ślinie i moczu.

Jeżeli jedni używali prądów galwanicznych dla wprowadzania do ustroju leków, inni znowu dążyli do wyprowadzania tą samą drogą jadów. Pierwszy robił odnośne doświadczenia Prawaz (1829).

Sposób ten ma mieć miernie doniosłe znaczenie dla wydalania z ustroju jadów gnilnych i białkowych, a także dla wydalania, że się tak wyrażę »wymywania« resztek zniszczonego utkania, jakoto: martwych komórek, krwinek, ropnych ciałek, zabitych drobnoustrojów i wynoszenia ich z danego miejsca przez naczynia krwionośne i chłonne. W szczególności zajmowała mnie kataforeza przetworów zapalnych i resztek drobinowych po ogniskach wybroczynowych siatkówki i naczyniówki.

Spodziewałem się na tej drodze zachować te części utkania siatkówki i nerwu wzrokowego, które nie zostały zniszczone, lecz tylko mechanicznie uciskane i upośledzane w odżywianiu, dzięki resztkom, pozostałym po sprawach zapalnych i wybroczynowych.

Elektroliza. Nie należy jednak zapominać, że podczas hydroelektryzacyi, współcześnie z kataforezą, odbywają się dwie inne sprawy, mianowicie elektroliza i kataliza.

W cieczach, podlegających rozkładowi, wraz z przemieszczaniem cieczy spostrzegamy i przemieszczanie elektrolitów, z tą jednak różnicą, że podczas gdy ciecz jeszcze nierozłożona przenoszoną zostaje zawsze w jednym tylko kierunku, elektrolity, znajdujące się w cieczy, dążą w dwóch przeciwnych kierunkach: jedne do anody, drugie do katody.

Do anody dążą: tlen, chlor, jod, kwasy; do katody dążą: wodór, potas, sod, miedź i ługi. Możemy więc dowolnie wprowadzać do tkanek wszystkie te ciała in statu nascendi.

Przyczem rozkład nie ogranicza się tylko do części płynu

lub tkanki, bezpośrednio przyległych do katody lub anody, ale odbywa się ów rozkład na całej drodze pomiędzy obydwoma biegunami (Lewandowski).

Zwykle katalizą nazywają fizyologiczne działanie prądu, zaliczyć więc tu należy i powstawanie w tkankach nerwowych tak zwanej siły elektroruchowej.

Wiadomo, że włókno nerwowe składa się z cewki osiowej i dwóch pochewek: miazgowej (myelinowej) i łącznotkankowej.

Siła elektroruchowa wytwarza się na całej powierzchni cewki osiowej w ten sposób, że elektronasilenie dodatnie znajduje się na zewnątrz cewki osiowej, a elektronasilenie ujemne znajduje się wewnątrz tejże cewki.

W układzie pochewek włókna nerwowego i w rozmieszczeniu siły elektroruchowej znajdujemy uderzające podobieństwo do podwójnej cewki ołowianej akumulatora i do rozmieszczenia odmiennego napięcia elektryczności na dwóch jego cewkach.

Rozpatrując włókno nerwowe, jako ogniwo wtórne, możemy wytłómaczyć wszystkie zjawiska elektrotonusa, jako oddziaływanie ogniwa wtórnego, czyli akumulatora na prąd biegunujący.

Pflueger, wyprowadzając zasady elektrotonusa, uległ poglądom Du Bois Reymond'a, który twierdził, że przyczyną prądów elektrotonicznych w nerwie są składające nerw elektroruchome cząstki; wywołane zaś przez prąd biegunujący zmiany w odczynie nerwu, są zmianami w układzie tych cząstek, które w ten sposób z elektroruchomych stają się elektroruchowemi [1]). Hermann zaś przeciwnie widział w prądach elektrotonusa tylko rozgałęzienia prądu biegunującego. Pogląd ten Hermann udowodnił działaniem prądu biegunującego na pomyślony przez niego nerw szematyczny.

---

[1]) Landois: Lehrbuch d. Physiologie des Menschen. Str. 679—690. 1884 r.

Nerw szematyczny Hermann'a składa się ze szklannej cewki, napełnionej roztworem siarczanu cynku, i z drutu platynowego, wyobrażającej cewkę osiową włókna nerwowego. Właściwie szemat Hermann'a jest ogniwem wtórnem, czyli akumulatorem: siarczan cynku rozkłada się przez prąd biegunujący na cynk i kwas siarczany; cynkowe jony dążą do jednego z dwóch biegunów, zanurzonych w tem naczyniu rozkładowem, a jony kwasu siarczanego dążą do bieguna drugiego, wytwarzając wszystkie te zjawiska, które w nauce mianują się elektrotonicznemi.

»Na podstawie badań dotychczasowych, mówi Bronisław Weryho, wiemy tylko tyle o tym stanie szczególnym, w jakim się znajduje nerw, gdy prąd biegunujący przebiega po nim, że stan powstaje natychmiast po zamykaniu prądu biegunującego i że zmiany, powstające w nerwie tym, są większe i tem dłuższego trzeba czasu do wyrównania tych zmian, im dłużej przebiegał po nerwie prąd biegunujący« [1]).

Słuszną też czyni uwagę Sawicki [2]), że wyczerpanie nerwowe, które tak wielkie stawia trudności dla hypotezy molekularnej pobudzenia nerwowego, jest, w wypadku przyjęcia teoryi elektrochemicznej, objawem, może najbardziej przemawiającym za tą teoryą.

Wyczerpanie nerwowe jest wyładowaniem akumulatorów.

Od dawna przyrównywano prądy nerwowe do prądów elektrycznych, ale stała temu dotąd na przeszkodzie różnica w pędzie: prąd nerwowy przebiega zaledwie 60 metrów na sekundę, a prąd elektryczny w niespełna $1/_5$ sekundy przebiega przestrzeń z Europy do Ameryki.

Uważanie neuronów za akumulatory usuwa tę trudność, bo czas, potrzebny do naładowywania i wyładowywania kolejnego akumulatorów jednego za drugim, musi być znacznie dłuższy, niż czas samego tylko przewodnictwa.

---

1) Bronisław Weryho: Dysertacya. Petersburg. Str. 104—124.

2) J. W. Sawicki: Zarys energietyki układu nerwowego. Pamiętnik Warsz. Tow. lek. 1897. Str. 426.

Jakkolwiek przy hydroelektryzacyi używamy właściwie jednocześnie kataforezy, elektrolizy i katalizy, to, stosownie do sposobu postępowania, możemy przeważnie używać tylko jednej z nich. Chcąc działać na oko tylko kataforezą, musimy używać prądów bardzo słabych i przez czas bardzo krótki.

Przy używaniu prądów mocniejszych na pierwszy plan występuje elektroliza, przy dłuższem trwaniu prądów — powstają prądy zbiegunowane elektrotoniczne.

Używam więc przy kataforezie prądów o nasileniu, nie przenoszącem 1 MA, a zaczynam od prądów o nasileniu 0,5 MA, a nawet 0,1 MA.

Pamiętać też należy, że dla siatkówki największe nasilenie prądu nie powinno przenosić 1,4 MA, mocniejszych zatem prądów używać wolno tylko w razach wyjątkowych.

Przytem samo ognisko wybroczynowe siatkówki, jakkolwiek stare, nie zawsze znosi działanie prądów mocniejszych; a są wypadki, w których wcale nie możemy używać kataforezy, ponieważ chorzy nie znoszą działania anody.

Co do czasu elektryzacyi, to zaczynam od 30 sekund i nigdy nie elektryzuję oka dłużej nad 2 minuty.

Przy hydroelektryzacyi dogodniejszym od galwanometru jest telefon; najprzód dlatego, że telefon znacznie wrażliwszy jest od galwanometru, a powtóre dlatego, że nie nuży lekarza, tak, jak galwanometr, przez ustawiczne przebieganie wzrokiem od oka elektryzowanego do galwanometru.

Dla oznaczania czasu elektryzacyi doskonałym przyrządem jest zwyczajny mebranon, wydzwaniający półsekundy i sekundy.

2. Meningocele intraorbitalis posterior.

(Z 2 rycinami).

Podał

DR JÓZEF TALKO.

(Ciąg dalszy).

Torbiele surowicze wrodzone oczodołu, nie połączone z niedorozwojem gałki ocznej, należą do tych wytworów, których etyologiado tej pory nie jest dostatecznie wyjaśnioną, osobliwie mało znana patogeneza tych, które położone są poza powięzią oczodołu, w tylnej jego części. Część ich może być zaliczoną do cystis dermoidalis z przezroczystą zawartością — Panas nazwał je mucoides. Są jednak surowicze torbiele w przedniej części oczodołu, które można porównać z wodniakiem innych okolic, — zwykle są one wynikiem rozszerzenia szczątkowych worków (bursae) ścięgien mięśni oka (levator palpeb., obliquus superior w bloczku — Hyrtl); Niemcy zowią je Exsudationscyste. Zresztą wytwarzają się torbiele w tkance pozagałkowej, na zewnątrz od stożka mięśni, ze ściankami cienkiemi i przezroczystemi, z których wewnętrzna przypomina błonę śluzową, zewnętrzna zwykle przyrasta do jakiegoś punktu ścianki oczodołowej (w przypadku Wecker'a do dolnej). Wszystkie te z surowiczą zawartością torbiele mogą dojść do znacznej wielkości, wypychają gałkę i zmieniają postać oczodołu. W przypadku Gaetua torbiel miała wielkość jaja gołębiego: ścianki jej były włókniste, grube, zawartość żółta, w której wykryto sól i białko, lecz haczyków bąblowca — jak przypuszczano — nie znaleziono wcale. Valette widział surowiczą torbiel, wychodzącą z jamy czołowej, Gosselin — z górnej ściany oczodołu, z płynem żółtym, w którym pływały kryształy cholestearyny [1]. Ciekawy, szczegółowo opisany przypadek wrodzonej niepostępu-

---

[1]) Duplay et Reclus: Traité de Chirurgie. T. IV (okulistyczna część przez Dra Delens) 1891, str. 549.

jącej torbieli pod górną powieką u 54letniej kobiety, która naraz powiększyła się i przeszła w stan zapalny wskutek wylewu krwi do zawartości torbielowej, podał Dr Pfalz[1]).

Przyznam, że na razie w moim przypadku więcej byłem za przyjęciem jednej z takich torbieli oczodołu, niż za meningocele, ponieważ brakowało ważnych objawów rozpoznawczych: tętnienia i objawów mózgowych przy uciskaniu guza wraz z wypchaną gałką. Dopiero operacya (rozszerzenie for. optici et fissurae orb. sup.) i przebieg pooperacyjny (ciągły wypływ płynu surowiczego), wreszcie zejście śmiertelne po tak nieznacznym na pozór operacyjnym urazie, przekonały mnie, że miałem do czynienia z rzadką postacią meningocele intraorbitalis s. retrobulbaris.

Że wielkich rozmiarów torbiele surowicze budzą pewne zajęcie praktyków-okulistów, dowodem tego świeży fakt, iż na międzynarodowym kongresie okulistycznym w Utrechcie (1899) prof. Knapp podał, że w liczbie 5 rzadkich guzów oczodołu operował wielką torbiel surowiczą, która wypełniała — jak w moim przypadku — cały oczodół; exopthalmus, amaurosis ex .atrophia n. optici; exenteratio orbitae, sanatio.

Pamiętać i o tem należy, że, ponieważ podobne torbiele surowicze o wiele częściej się spotyka w oczodole. aniżeli meningocele, nic dziwnego, iż w braku znamiennych objawów tych ostatnich, prędzej skłonni jesteśmy do rozpoznania pierwszych. Że jednak nie zawsze przy prawdziwych mózgowych przepuklinach wywołać można uciskaniem guza, prócz płaczu dziecka, mózgowe objawy, mieliśmy przed laty dowód (wraz ze ś. p. Janem Minkiewiczem w Tyflisie) w jednym przypadku hydrencephalocele u 4letniej dziewczynki przy nasadzie nosa; ściany przepukliny, jak się okazało przy sekcyi, były mięsisto grube. Przypadek ten opisałem w swoim czasie w »Archiv« Virchow'a p. t. Ueber angeborene Hirnhernien [2]).

---

[1]) Beiträge zur pathol. Anat. der Orbitalcyste w »Klin. Monatsblätt. f. Augenheilk.« Zeszyt czerwcowy, 1885.

[2]) Virchow's »Archiv f. pathol. Anatomie« etc. 50. Bd. W temże czasopiśmie (Bd. 52) ogłosiłem drugi przypadek obustronnej przepukliny

A i zewnętrzny wygląd (nie mówiąc o tętnieniu in.) nie może nam dać rękojmi tego, z czem mamy do czynienia w oczodole. Jako przykład przedstawiam Panom dwie ryciny z mej praktyki — podobiznę wyżej opisanego niemowlęcia z meningocele intraorbitalis i litografowaną, wykonaną podług światłodruku (okazywaną w Medyolanie w roku 1881), przedstawiającą typowy przypadek kolobomatycznej torbieli pozadolnopowiekowej, którą spostrzegałem u dziecka w połączeniu z małoocznością.

Nie myślę tu przed Wami, szanowni Panowie, kreślić monografii tego przedmiotu, znajdziecie ją w odpowiednich dziełach, aczkolwiek dodam, że nie obfituje ona w liczne spostrzeżenia. Spisali je: ja w powyższym artykule w »Archiv« Virchow'a, prof. Berlin w dziele Saemisch-Graefe'go w rozdziale »Die Cysten d. Augenhöhle« (str. 669), kol. Herman w »Przeglądzie Lekarskim«, w zeszycie, poświęconym uczczeniu 25letniej działalności prof. Rydygiera we Lwowie[1]) i w. innych. Wspomina też o nich w kilku słowach dzieło p. t. System of Diseases of the eye, amerykańskiego oft. Noris'a Oliver'a[2]). A. Larger podał całkowitą literaturę przepuklin do 1877 r.[3]).

Wspomnę tylko, że prócz przepuklin w nadoczodołowych okolicach, a za które przyjmowano nieraz — osobliwie przy nadżarciach kości czołowej — zwykłe kaszaki (prof. J. Szymanowski), jak o tem pisałem w powyższym artykule, zwykłem

---

mózgowej nadoczodołowej p. t. Ein Fall v. Gehirnhernien bedingt durch unregelmassige u. frühzeitige Synostosen d. Schadelknochen. Oba spostrzeżenia objaśnione rycinami. Wspomina o nich parokrotnie chirurgia Duplay'a i Reclus'a (T. III. 1891, str. 658, 662).

[1]) »Przegląd Lekarski«. Nr 19. 1899. Zebrano tu 24 operowanych przypadków z rozmaitych okolic głowy, z których tylko jeden zajmuje nas, a mianowicie Nr 23, encephalocele naso-orbitalis bilateralis, zakończony śmiercią z ropnego zapalenia opon mózgowych.

[2]) Vol. III. London. 1898; choroby oczodołu przez Dra S. Bull'a na str. 42.

[3]) De l'exencéphale (»Archiv gen. de med.« 1877).

ulubionem miejscem dla zajmujących nas przepuklin jest nosowy kąt oczu *(Herniae cerebri et meningocele orbit. anterior, seu naso-orbitales)*, gdzie je łatwo przeoczyć, przyjmując za kaszaki, hydrops sin. frontalis, nowotwory worka łzowego i t. p. Buttelin przy nakłuciu guza w tej okolicy otrzymał synowialny płyn wodniaka ścięgna m. ukośnego, a Verneuil opisał oleiste torbiele w wielkim kącie oczu, t. zw. les kystes prélacrymales [1]). Nauczony smutnem doświadczeniem, świeżo operowałem, nie bez obawy, u noworodka, przy pomocy kolegi A. Majewskiego, guzek, wielkości laskowego orzecha, który wyrastał w wewnętrznym kącie oka, mocno przyrośnięty do okostnej wewnętrznej ścianki oczodołu; wątpliwość ustąpiła dopiero po ukazaniu się w głębi rany białej torbieli skórzakowej. Spostrzeżeń, odnoszących się do przepuklin w tem ich ulubionem miejscu oczodołu, a mających otwory (Bruchpforte s. Bruchring) w kościach nosowych, łzowych, sitowych i proc. nasalis os. frontis, mamy już kilkanaście. Przepukliny tu występują pod postacią meningocele, bądź encephalocele, lub też meningoenephalocele, jedno lub obustronnie w wewnętrznych kątach oczu.

Daleko rzadziej dają się spostrzegać przepukliny, występujące z głębi oczodołu, pozagałkowe — herniae spheno-orbi-

---

[1]) Niedawno Steindorff miał tu do czynienia z »Oelcyste in der Augenhohle« wielkości jaja gołębiego. Jako wrodzone mają one podobieństwo do skórzaków. Weinhold, podawszy pzzypadek wyleczenia operacyą mucocele kości sitowej w nosowym kącie prawego oka, wielkości bobu, u 18-letniej dziewczyny, przytacza między innemi ciekawe spostrzeżenie Rollet'a — mucocelę double de l'orbite, pochodzącą z jamy czołowej (»Klin. Monatsblatt f. Augenheilk.« Janv. 1900).

H. Becker spostrzegał wrodzoną, naśladującą przepuklinę mózgową, śluzową torbiel nosowego kąta oka, która dochodziła do n. wzrokowego; torbiel, o ścianach z cylindrycznym nabłonkiem i z zawartością glicerynowatą, łączyła się z nosem (Schleimcysten u. Gefässgeschwalste d. Orbit. »Archiv f. Ophth.« 41. 1., str. 119); Panas zaś spostrzegał torbiel z gronowatymi gruczołkami, wytworzoną wskutek płodowego odsznurowania się w oczodole błony śluzowej nosa (Considér. sur la pathogénie des cystes dits séreux de l'orbite. »Arch. d'Ophth. VII, I—II)«.

tales, herniae intraorbitales, które nazwałbym *herniae intraorb. posteriores;* tu otworem (Bruchpforte), łączącym oczodół z czaszką, zwykle bywają for. opticum et fissura orbitalis superior; najrzadziej wychodzą one przez otwór w górnej ścianie oczodołu [1]). Spostrzeżeń, odnoszących się do tego rodzaju przepuklin, podano dotąd daleko mniej, aniżeli przepuklin w przedniej, nosowej części oczodołu, powiem więcej — są one rzadkością w kazuistyce chirurgiczno-oftalmicznej.

Wspomniawszy, że przepukliny mózgowe bywają czasem powikłane tłuszczakami (w przypadku Ried'a przy nasadzie nosa) i splotem rozszerzonych naczyń (angioma cavernosum, tumeurs érectiles, angioma lipomatodes) — przyczem w guzie można spostrzegać tętnienie, — muszę dodać, że i lymfangiomaty były też jednocześnie w nim wykrywane. Pod tym względem ciekawa jest rozprawa Maksimow'a p. t. O nowotworach na zwykłem miejscu przednich mózgowych przepuklin [2]): u 2letniego dziecka wykonano osteoplastyczną operacyę meningocele, wyrastającej z nosowego brzegu prawego oczodołu, z rany 2 tygodnie wypływał liq. cerebro-spinalis; dziecko wyzdrowiało. W wyciętym w postaci naparstka guzie znaleziono

---

[1]) Jama oczodołowa łączy się z jamą czaszkową 3 otworami: for. opticum (n. opt. et art. ophth.), fissura orb. superior s. sphenoidalis i fiss. ethmoidalis anterior (n. ethm. et visa ethm. ant.), pierwsze dwa z jamą czaszkową średnią, której odpowiadają boczne komory mózgowe, a trzecia z jamą czaszkową przednią. Największy otwór przedstawia fis. orb. sup., przez którą przechodzą prócz naczyń (art. mening. art. lacrymalis, vv. ophth. sup. i int.) i wszystkie nerwy oczne. Godnem uwagi to, że długość prawej szpary wynosi 22 mm., lewa krótszą jest o 1—2 mm. (Merkel). Czy nie wpływa to na większą częstość prawostronnych oczodołowych przepuklin? Przewód otworu okrągłego, długi 8—9 mm., ma w średnicy 6 mm. Przekrój fis. ethmoidalis wynosi tylko $1^1/_2$ mm. (Henle), najmniej przeto przedstawia widoków do torowania drogi mózgowym przepuklinom, najwięcej zaś danych w tym kierunku ma fis. orb. sup., która u dzieci bywa bardzo szeroką i wielką (Merkel). Przez for. opticum i fis. supraorbitalis periorbita przechodzi do jamy czołowej, łącząc się z twardą błoną mózgową.

[2]) »Letopiś russkoj chirurgii« pod red. prof. Sklifossowskiego (1898, książka IV.).

łączące się z sobą przegródki, pokryte płaskim śródbłonkiem i napełnione limfą, — była to typowa *lymphangioma cavernosum*, w której nie znaleziono już ani śladu mózgu i błon jego. Zdaniem autora, była to hernia cerebri we wczesnym peryodzie płodu, lecz później zmieniła się do niepoznania. Podobne lymph. cavernosa (lymphangiome cystique) spostrzegane bywają u dzieci na głowie, jako nowotwory wrodzone. Zmienione przepukliny mózgowe opisał też prof. Sklifossowski[1]). — M. Sachs[2]) zebrał sporą ilość lymfangiomatów, wyrastających w rozmaitych częściach oczu i nawet na twardówce. Lecz takiego lymfangiomatu, któryby naśladował, jak w powyższym przypadku Maksimow'a, przepuklinę mózgową — w literaturze dotąd nie znajdujemy, godziło się przeto o nim tu nie przepomnieć.

Wiadomo, że meningocele, właściwie szypuły worków przepuklinowych (Bruchsack), nierzadko odsznurowują się na powierzchni czaszki, a w tej liczbie w nadoczodołowej okolicy i w wewnętrznym kącie ocznym, tworząc torbiele tak zwane odsznurowane hydrencephalocele (Abschürungscysten), których etyologię wskazują: dołek w kości (usura), mocny doń przyrost ściany torbielowej lub wreszcie zbity, łączący ją z okostną sznurek. Takie odsznurowane torbiele rzadko bywają w głębi oczodołu, — pierwszy spostrzegał je Ripoll (1870 r.).

Coppez przedstawił 26 listopada r. z. dziecko z »byłą meningoencephalocele orbitae«, pokazywane w Towarzystwie oftalm. belgijskiem w roku 1897 przez v. Duyse i Mayart'a, któremu wyłuszczono torbielowy worek z oczodołu, nie ruszając drugiej torbieli wielkości grochu, a znajdującej się w przedniowewnętrznym kącie oczodołu; drobnowidowe badanie przekonało, że była to meningoencephalocele orbitalis; w worku znajdował się płyn podobny do liq. cerebro spinalis, w ilości 5 grm. W maju pozostawiony guzek powiększył się i Dr Depage

---

[1]) »Nowoobrazowanja w obycznych miestach mozgowych gryż« — (tamże, w r. 1896).

[2]) »Ueber die von Lymphgefassen ausgehenden Neubildungen am Auge«. 1889. Dissert. Beitrage z. pathol. Anat. etc. v. Ziegler. Bd. V.

przy operacyi znalazł guz białawy, twardy i nieco przyrośnięty, w którym drobnowid wykrył tkankę włóknistą, bliznowatą [1]).

Z odsznurowanemi przepuklinami mózgowemi mają pewną łączność t. zw. teratomy oczodołowe (teratoma orbitae congenitum). Przypadek, spostrzegany przez Bröer'a i Weigert'a (1876 r.), jako budzący wysoce naukowe zajęcie, był streszczony w dziele Berlin'a [2]): »Torbielowy nowotwór, wielkości pomarańczy, wyrastał z prawego oczodołu niemowlęcia, które zmarło po 2 dniach. Czy autorowie, zapytywał prof. B., rozpoznawali rodzaj guza in vivo — nie widać z ich historyi choroby. Drugi podobny przypadek opisał Lagrange u 20-dniowego dziecka p. t. Tumeur congénitale embryonnaire à tissus multiples (nerveux et conjonctif) de l'orbite [3]). Trzeci wreszcie przyczynek do teratomatu oczodołu noworodków podał świeżo prof. Ewetzky w Tow. oftalm. w Moskwie (18/IV r. b.) pod nazwą cephaloma orbitae dext. separatum. Jeszcze trzeciego dnia po urodzeniu widziano gałkę na wierzchu guza, wyrastającego z oczodołu, lecz już nie istniała więcej podczas exenteratio orbitae u 4½ miesięcznego dziecka. W żółto-białym, gąbczastym nowotworze, zawierającym kosteczki i barwik, wykryto, iż przeważnie się składał z tkanki łącznej i nerwowej, głównie neuroglii; prócz tego zawierał gołe jądra i duże komórki z obfitą protoplazmą; znaleziono w nim też torbiele, lecz bez własnych ścianek z migającym nabłonkiem. Ewetzky wypowiedział zdanie, że »we wczesnym okresie życia płodowego pewna grupa komórek, oddzieliwszy się od pierwotnego mózgowego zarodka, mogła się znaleźć na ulubionej w podobnych razach wewnętrznej ścianie oczodołu i w dalszym zarodkowym okresie stopniowo wypełniła cały oczodół«; obecnie cephalomat nie znajdował się w bezpośredniej łączności z mózgiem i jego błonami, jak to dowiedziono przy encephalocele na kościach nosowych. Przeciw temu ostatniemu zdaniu oświadczyli się Wasi-

---

[1]) L. c. str. 683 i nast.

[2]) »Archiv d'Ophthalmologie«. 1895.

[3]) »Wracz«. Nr 22. 1900.

ljew i Gołowin, dowodzący, że cephalomat ten w wierzchołku oczodołu łączył się za pomocą nóżki z mózgiem; ta ostatnia podczas operacyi pozostawioną została w głębi jamy, i nowotwór, wkrótce z niej rozrośnięty, wypełnił znowu cały oczodół [1]).

Dok. n.

Z uniwersyteckiej kliniki okulistycznej prof. Dra Macheka we Lwowie.

3. Dalsze dwa przypadki zaniku okrężnego naczyniówki i siatkówki (atrophia gyrata chorioideae et retinae).

Podał

Dr Adam Bednarski,

I asystent kliniki.

Dokończenie.

Objawy i obraz chorobowy obu tych przypadków w krótkości zebrane odpowiadają:

1. Zanikowi naczyniówki, który najwybitniejszym jest w tylnej części gałki, gdzie obok grudek barwikowych i naczynia naczyniówki są bledsze, cieńsze i nieliczne — mniej zaś wybitnym na równiku, gdzie objawia się tylko nielicznemi grudkami barwiku.

2. Zanikowi barwika siatkówkowego, który również, tak, jak zanik naczyniówki, nawybitniejszym jest w tylnej części gałki, gdzie przybłonka barwikowego prawie nie widać, na równiku tworzy wyspy, na obwodzie zaś jest tylko rozszerzonym.

3. Poczynającemu się zanikowi siatkówki, mianowicie warstw jej zewnętrznych, to jest pręcików i czopków (zmniejszenie bystrości wzroku środkowej, scotoma absolutum pierścieniowate, zwężenie pola widzenia dla barw, zmniejszenie się czucia światła).

4. Krótkiemu wzrokowi średniego stopnia.

5. Obok tego w przypadku drugim mamy wybitną sprawę

---

[1]) Coppez: Meningocephalocele binoculaire de l'orbite avec occlusion de la poche kystale (»Clinique Ophth.« Nr 2. 1900).

miażdżycową naczyniówki, która najwięcej jest rozwiniętą również w tylnym odcinku gałki (naczynia przedstawiają się tutaj jako białe bite pasy, lub pasy białe z bardzo wąskim słupem krwi).

Obraz zaniku barwika siatkówkowego jest najbardziej znamiennym i najwybitniejszym, przytem występuje on we wszystkich przypadkach w ten sam sposób charakterystyczny, że wskutek tego tak zwany zanik okrężny naczyniówki i siatkówki słusznie całkiem za Fuchs'em uważać można jak chorobę samoistną i z tego jednego objawu już rozpoznawać ją można.

Nazwa zaniku barwikowego jest dziś właściwie przeżytą, pod nią kryją się różne sprawy chorobowe i chętnie winniśmy z ogólnego pojęcia »zaniku barwikowego« poszczególne obrazy chorobowe wyłączać.

Obok znamiennego zachowania się przybłonka barwikowego siatkówki występowała również we wszystkich znanych dotąd przypadkach w literaturze myopia niskiego, średniego lub wysokiego stopnia.

Zanik tarczy nerwu wzrokowego wraz ze zanikiem warstwy nerwowej (wewnętrznej) siatkówki uważać należy tylko jako sprawę następową, tak samo, jak zaćmienia soczewki w tylnych warstwach kory.

Trzy moje przypadki różnią się od przypadków, opisanych przez Cutler'a[1]) i Fuchs'a[2]), tem, że 1. w dwóch przypadkach występowała wybitna miażdżyca naczyniówki i że 2. przedstawiają wczesne okresy sprawy chorobowej, wskutek czego w żadnym przypadku nie było zaćmy korowej, a w jednym tylko przypadku (Józef Holak[3]) był początkowy zanik tarczy nerwu wzrokowego.

---

[1]) C. W. Cutler: Drei ungewönliche Fälle von Retino-Chorioideal Degeneration. — Arch. f. Augenheilk. XXX.

[2]) E. Fuchs: Ueber zwei der Retinitis pigmentosa verwandte Krankheiten (Retinitis punctata albescens und atrophia gyrata chorioideae et retinae). — Arch. f. Augenheilk. XXXII.

[3]) Przegląd Lekarski. Nr 47. 1899.

Na podstawie trzech moich przypadków i na podstawie przypadków, opisanych przez Fuchs'a, Cutler'a, Lewinsohn'a i innych, pozwalam sobie uczynić następujące uwagi:

Etyologia i objawy podmiotowe zaniku okrężnego siatkówki i naczyniówki podobne są jak przy zaniku barwikowym siatkówki, tylko, że przy zaniku barwikowym zwyczajnie mamy wybitne zwężenie pola widzenia, przy zaniku zaś okrężnym, nawet w przypadkach dość daleko posuniętych, zwężenia pola widzenia niema (obaj bracia Pona), za to występuje ubytek bezwzględny pierścieniowaty pola widzenia.

Obraz wziernikowy obu tych chorób przedstawia się wręcz przeciwnie. Przy zaniku barwikowym siatkówki na pierwszy plan zwykle występują złogi barwikowe w siatkówce, będące wyrazem przerostu komórek barwikowych, przy zaniku zaś okrężnym na pierwszy plan występują wyspy, powstałe skutkiem zaniku barwika siatkówkowego. Wyspy te dobrze utrzymanego przybłonka barwikowego są bardziej znamienne, niż złogi barwikowe, bo występują zawsze i tylko przy atrophia gyrata, podczas, gdy obraz retinitis pigmentosa może być i następowym objawem zaniku naczyniówki i siatkówki skutkiem różnych przyczyn, nie jest więc istotnym objawem, tem bardziej, że mamy i retinitis pigmentosa sine pigmento.

Jako przyczynę anatomiczną wyżej opisanej sprawy chorobowej przyjmuję na podstawie dotychczasowych badań (Wageman[1]), E. Krueckmann[2]), Hertel[3]) i in.) zmiany w tylnych naczyniach rzęskowych, skutkiem których przychodzi do zaniku odpowiednich części naczyniówki, a następowo do zaniku odpowiednich części przybłonka siatkówkowego, a wreszcie siatkówki. Przy retinitis pigmentosa również początkowo przychodzi skutkiem zaburzeń odżywczych do zmian wstecznych w przybłonku, które z jednej strony mogą się następnie objawiać zanikiem, z drugiej strony jednak, co dzieje się zwykle,

---

[1]) V. Graefe's Arch. f. Ophtalm. XXXVI.
[2]) V. Graefe's Arch. f. Ophtalm. XLVII i XLVIII.
[3]) V. Graefe's Arch. f. Ophtalm. XLVI.

przychodzi do przerostu. Przerost taki komórek przybłonkowych siatkówki może mieć tylko wtedy miejsce, skoro siatkówka okazuje już objawy zwyrodnienia, tak, że bujanie przybłonka barwikowego do siatkówki stoi zawsze w związku ze zniszczeniem warstwy pręcików i czopków (Wagemann, E. Krueckmann i in.). Skoro więc przy retinitis gyrata nie przychodzi do bujania, możnaby z tego wnosić, że tutaj albo nie przyszło do zniszczenia czopków i pręcików, albo też nie przyszło do zaniku przybłonka barwikowego, a tylko do zmian w czynności tegoż przybłonka, połączonych ze zanikiem ziarenek barwika. Komórki przybłonkowe, przynajmniej w początkowych okresach, skutkiem złego odżywienia nie są w stanie wytwarzać ziarenek barwika. Odpowiada to zupełnie rozwojowi ziarenek barwika. Scherl[1]) mianowicie znalazł, a potem Krueckmann to samo stwierdził, że w oku zachodzi stosunek zależności między blizkością pnia naczyniowego, a pierwszym rozwojem barwika. »Das Fehlen des Gefässsystems im Innern des Auges bei den Vögeln auch die Erklärung abgiebt für das constante erste Auftreten des Pigmentes an der äusseren Fläche der proximalen Lamelle, während man bei allen Säugethieren und auch beim Menschen, wo ein inneres Gefässsystem vorhanden ist, das Pigment zuerst an der Innenfläche der proximalen Lamelle auftreten sieht«. (Scherl).

Jak więc mamy zależność między tworzeniem się naczyń, a tworzeniem się barwiku, możemy śmiało przypuścić zależność między zanikiem naczyń a zanikiem barwiku w komórkach przybłonkowych siatkówki. Komórki same jednak zachowują swą postać, mogą, co najwyżej, się powiększać, co — wedle Wagemann'a — jest właśnie pierwszą oznaką ich uszkodzenia, są przytem przeźroczyste, tak, że przez nie możemy widzieć dokładnie zanikowe zmiany w naczyniówce. Wskutek tego nie przychodzi tutaj do bujania komórek barwikowych, bo te, aby zaczęły bujać, wpierw musiałyby uledz zanikowi.

W tym stanie upośledzonej czynności mogą komórki przy-

---

[1]) V. Graefe's Arch. f. Ophtalm. XXXIX.

błonkowe długie lata się utrzymywać, co jest właśnie znamiennem dla retinitis gyrata i nie przychodzi długo do odłuszczenia (deskwamacyi) przybłonka. Wskutek tego jednak, że komórki przybłonkowe, te tak ważne składniki oka, nie spełniają swej czynności należycie, i czynność czopków i pręcików musi na tem cierpieć i po dłuższym czasie przychodzi do zaniku tychże, co daje dopiero powód do zmian już następowych zwyrodnienia barwikowego siatkówki.

Kończąc, pozwalam sobie złożyć podziękowanie prof. Dr. Machekowi za odstąpienia mi powyższych przypadków do publikacyi.

II. STRESZCZENIA.

3. *Guzowate wydęcie żył powieki górnej.* (Knötchenförmige Ausdehnung der Venen des Oberlides). Dr E. Bock z Lublany. (»Centrbl. f. Augenheilk.« 1900. IX).

Na górnej powiece 32letniego robotnika widział autor dwa wydęcia żylne, umiejscowione pod zdrową skórą. Wydęcia te, wielkości maku, były miękkie i dały się przez ucisk palcami po części wypróżnić. Żyły skóry powiekowej były tylko miejscami silniej przepełnione, zresztą nie było widać nic nadzwyczajnego ani na powiekach, ani na gałce ocznej. Naczynia dna oka silnie wypełnione; serce i mocz prawidłowe.

1. *O wędrówce tuszu z tatuowanych blizn rogówki.* (Ueber Massenauswanderung des Tusche aus tätowirten Leucomen). Dr L. Steiner w Soerabaya (Java). (»Centralblatt für praktische Augenheilkunde«. 1900. IX).

Wiadomo, iż w wielu przypadkach czarna barwa tatuowanych blizn rogówkowych blednieje z czasem. — Autor przytacza dwa przypadki, w których tusz, opuściwszy swoje pierwotne miejsce, utworzył nowe czarne plamy na rogówce. Pierwszy przypadek dotyczy chorej, tatuowanej z powodu blizny na rogówce przed dwoma laty. Po upływie tego czasu blizna pobielała i połyskiwała, a tusz wywędrował z pierwotnego miejsca, tworząc nowe siedliska, jużto do blizny przytykające, jużto od niej oddalone i to albo jako pojedyncze punkciki lub jako większe gromady. — Drugi przypadek dotyczy chorego, tatuowanego na obu oczach dla blizn rogówkowych.

Po upływie pięciu miesięcy zmienił się pierwotny stan w ten sposób, iż na obu rogówkach tusz przedstawiał prawidłowe, gwiaździste wąskiemi liniami ze sobą połączone, figury; między niemi widać było białe miejsca pierwotnej blizny.

W obu przypadkach nie zaszły żadne objawy zapalne.

Na przecięciach tatuowanej rogówki znajdował autor ziarna barwiku, nagromadzone przeważnie w delikatnych ciałkach rogówkowych i ich wypustkach. *Dr Gruder.*

O glejaku siatkówki. Dr I. Steinhaus. (»Medycyna«. 1900. Nr. 18 i 19).

Historya chorego, którego gałkę miał autor sposobność badać, jest ciekawym obrazem cierpienia rodzinnego; z dziewięciorga bowiem rodzeństwa ojca, u trojga rozwinął się glejak siatkówki w jednem oku, zaś w kilkanaście lat pojawił się ten nowotwór już w drugiem pokoleniu, mianowicie u siostry operowanego, a w cztery lata potem u dotyczącego chorego.

Badania swe przeprowadził autor w ten sposób, że utrwalił gałkę w płynie Zenker'a, przepołowił i zatopił w parafinie; skrawki zaś barwił hematoksyliną i eozyną lub v. Gieson'em.

Pod mikroskopem skielet guza, którego rzeczywista długość wynosiła 12 mm., szerokość 7 mm., grubość 6 mm., stanowiły naczynia, będące dalszym ciągiem naczyń siatkówki, właściwy zaś miąższ składa się z komórek, które, im dalej od naczyń, tem więcej są obumarłe, żywe zaś, dobrze się barwiące, stanowią rodzaj płaszcza, pochwy komórkowej wokoło każdej pary naczyń (tętn. i żyły), co nadaje nowotworowi znamienny wygląd, opisany już przez Becker'a, v. Duyse'go i Wintersteiner'a pod nazwą wianków komórkowych, przypominających przekrój gruczołu. Taki płaszcz komórkowy ma szczególniejszą budowę, przedstawia bowiem zbiór okrągłych grup komórek, leżących obok siebie. W grupie takiej komórki postaci stożkowatej ułożone są w postaci wianka w ten sposób, że podstawą zwrócone są do obwodu, wierzchołkiem do światła wianka. Badając pewien szereg skrawków, przekonał się dalej autor, że grupy te są to kule, utworzone z tych komórek stożkowatych, układających się dośrodkowo, z pozostawieniem światła w środku, a wianki są kulami, przeciętemi w równiku, zbiór zaś tych kul tworzy ów płaszcz komórkowy.

Przekroje starszych płaszczów z poczynającą się nekrozą obwodowych części składają się tak samo z kulistych grup komórek, lecz w przeważnej części kule te nie posiadają światła. W najstarszych zaś częściach nowotworu większość płaszczów składa się z masy leżących obok siebie komórek bez żadnego znamiennego

układu. Wpośród całego miąższu glejaka wyróżniały się swoją wielkością w niewielkiej liczbie nieprawidłowo rozsiane komórki zwojowe.

Autor zgadza się z zapatrywaniem Wintersteiner'a, który wywodzi glejaki z atypowego rozrostu nieużytych przy tworzeniu się siatkówki zarodkowych neuroepitelialnych komórek i sądzi, że w pierwszym okresie rozwoju nowotworu z neuroepithelium tworzą się opisane kule ze światłem, później, kiedy komórki zatracają swoje znamię nabłonkowe, nowotwór przekształca się w właściwego glejaka przez przeobrażenie się komórek nabłonkowych w komórki neuroglii. Część wszakże komórek może długo lub do końca zachować swoje znamię nabłonkowe i wtedy wśród glejaka znajdą się jeszcze wianki; część zaś może przeobrazić się nie w komórki neuroglii, lecz w komórki zwojowe, stąd ich obecność w glejaku.

Dr Łuniewski.

Mechanizm akomodacyi. Pachomow z Orenburga. (»Wojenno-medic. Żurnał«. Październik. 1900).

Co powiedzą Niemcy, jeśli się dowiedzą, że jakiś tam w stepach azyatyckich lekarz ośmielił się twierdzić, iż ustalona i przyjęta w nauce hypoteza Helmholtz'a mechanizmu akomodacyi nie ma racyi bytu? Chociaż soczewka posiada największą bezwzględną łamliwość (1,4371, gdy ciecz wodna tylko 1,3365), lecz ponieważ promienie wchodzą do niej z cieczy wodnej, przeto trzeba znać stosunkową jej łamliwość, a ta = 1,4371 : 1,3365, czyli 1,0745, jest więc znacznie mniejsza od bezwzględnej łamliwości cieczy wodnej. Prócz tego promień krzywizny przedniej powierzchni rogówki jest mniejszy (7,8), aniżeli promień krzywizny przedniej powierzchni soczewki (10,0 mm.). A więc ciecz wodna załamuje promienie daleko więcej, aniżeli przednia powierzchnia soczewki. Autor robił doświadczenia nad sobą: siedząc pod wodą, zaczynał rozpoznawać w niej przedmioty tylko wtedy, jeżeli trzymał trzy szkła wypukłe, każde 20 D., to jest, że w takich razach oko nasze potrzebuje znacznie silniejszych szkieł, aniżeli po operacyi zaćmy, to znaczy, powiada Dr P., że soczewka załamuje promienie światła słabiej, aniżeli ciecz wodna.

Autor powiada, że w organizmie wszelkie czynne ruchy niezależne są od sprężystości (a takowa »natiażka« wymagana jest dla soczewki podług teoryi Helmholtz'a), lecz tylko od czynnej działalności mięśni. Otóż, dzięki kurczliwości m. rzęskowego, ciecz wodna, wedle praw fizyki, uciska z tyłu rogówkę i zmusza ją wypuklać się, takim sposobem w akcie akomodacyi gra ważną rolę wydłużenie przednio-tylnej osi gałki. Twierdząc, że akomodacya zależy od wydłużenia przednio-tylnej osi gałki i od powiększenia wypukłości przedniej powierzchni ro-

główki, nie odmawia zresztą P. udziału w tem i soczewce, w której przy tym akcie powiększa się wypukłość obu jej powierzchni. Teoryą swoją Dr P. stara się wytłómaczyć przypadki istniejącej akomodacyi w oku, pozbawionem soczewki; brak zaś akomodacyi po wydobyciu zaćmy można wytłómaczyć ogromnym urazem gałki wskutek tej operacyi. Odmawiając soczewce głównego znaczenia w sprawie akomodacyi, Dr P. przypisuje jej znaczenie osłabienia chromatycznej aberracyi, jako drugiemu objektywowi.

Nie wdając się w szczegóły tej teoryi, od siebie dodam, że o zależności akomodacyi od zmiany krzywizny rogówki pisali: Fries (1839), Vollée (1845), Pappenheim i in., lecz przypuszczenie to zostało uznane za błędne jeszcze przed Helmholtz'em (por. Hirsch'a »Geschichte der Ophthalmologie«). *Dr J. T.*

2. *Uszypułowany skórzak w zewnętrznym kąciku powiek u dziecka.* (Gestieltes Dermoid im äusseren Lidwinkel eines Kindes). Dr E. Bock z Lublany. (»Centralbl. f. Augenheilk«. 1900. IX).

Autor opisuje przypadek skórzaka u jednomiesięcznego, zdrowego dziecka.

Skórzak, wielkości grochu, był umiejscowiony w zewnętrznym kąciku powiek i przyrośnięty do wolnego brzegu dolnej powieki, od górnej zaś powieki był on ostro odgraniczony; prócz tego był także przyrośnięty do dolnego załamka spojówki.

Po wycięciu skórzaka znalazł autor na przecięciach składniki skóry, zwykle napotykane w skórzakach.

Przypadek zapalenia tkanki łącznej pozagałkowej i okołoszczękowej z następczym ropniem mózgu po wyjęciu zęba zepsutego. Dr Troczewski. (»Czasopismo Lek.« 1900. Nr 4).

Chory 41letni, cierpiąc od kilku dni silny ból zęba trzonowego górnego prawego, dał sobie go wyrwać felczerowi. Zaraz po wyjęciu cała strona prawa twarzy szybko nabrzmiała, chory wieczorem miał gorączkować i zauważył wysadzenie gałki prawej z jednoczesnem upośledzeniem wzroku. Ponieważ stan coraz bardziej się pogarszał, udał się chory do szpitala, gdzie autor przy badaniu znalazł, co następuje: stan gorączkowy; twarz po stronie prawej potwornie spuchnięta, twarda, bolesna; gałka prawa prawie zupełnie wysadzona, rogówka zmętniona, sucha. V. = 0. W jamie ust w okolicy wyrwanego zęba, jakoteż pod dolną powieką, wyraźne chełbotanie. W tych to miejscach głęboko nacięto i wypuszczono posokowatą silnie cuchnącą ropę, wypełniającą obszerne jamy: jedną w okolicy szczęki górnej, drugą w całym oczodole. Po przemyciu tych jam, przyczem mógł autor stwierdzić, że one się ze sobą łą-

czyły, wsunięto nieco gałkę do oczodołu i założono lekko uciskający opatrunek. Na drugi dzień przyszło jednak do panophthalmitis oka prawego, które wyłuszczono. Przez następne cztery dni chory czuł się coraz lepiej, rany poczęły się pokrywać zdrową ziarniną. Szóstego dnia wkrótce po opatrunku, dla którego chory sam zawsze przychodził, nagle utracił przytomność, zapadł i w $1/_2$ godziny umarł. Sekcya wykazała ropień wielkości dużego kurzego jaja w prawym zrazie skroniowym na podstawie mózgu, świeżo przerwany i opróżniony do jamy czaszkowej.

Autor więc wnioskuje, że wskutek ropnego zapalenia okostnej zębodołu powstało ropne zapalenie tkanki łącznej szczęki górnej i oczodołu. Zapalenie to przeniosło się przez otwór n. wzrokowego do jamy czaszkowej i przyszło do wytworzenia się ropnia na podstawie mózgu. Zwraca tylko uwagę, że w ciągu całej choroby nie było żadnych objawów mózgowych. *Dr Łuniewski.*

O wpływie zatrucia gazem świetlnym na narząd wzroku. (Ueber die Einwirkung von Leuchtgas-Vergiftung auf das Sehorgan). Dr Purtscher z Klagenfurtu. (»Centralblatt f. Augenheilkunde«. 1900, VIII).

W literaturze znajdujemy bardzo wiele prac, odnoszących się do zaburzeń czynnościowych w zakresie narządu wzrokowego, spowodowanych rozmaitemi zatruciami ostremi lub przewlekłemi. Znamy w tym kierunku działanie alkoholu, tytoniu, ołowiu, dwusiarczku węgla, chininy i t. d. Mało w tym względzie pisano o gazie świetlnym, zapewne z powodu, że zatrucie gazem tym w znacznej części przypadków prowadzi w krótkim czasie do zejścia śmiertelnego, szczęśliwie zaś kończą się tylko przypadki najlżejszego stopnia i te, gdzie wczesna pomoc odwróciła groźniejsze zaburzenia. Te znów przypadki nie pozostawiają zazwyczaj żadnych następstw po sobie. Prócz tego należy także i tę okoliczność wziąć w rachubę, że zatrucie przewlekłe, które tak często sprowadzają wyżej wymienione trucizny, jest przy gazie świetlnym prawie wykluczone. Dr Purtscher znalazł w literaturze zaledwie 20 spostrzeżeń zatrucia gazem świetlnym, wliczając w to nawet zaczadzenia, czyli zatrucia tlenkiem węgla (CO), co do objawów i przebiegu bardzo do tamtych zbliżone. Wiadomo mianowicie, że tlenek węgla stanowi stałą przymieszkę gazu świetlnego (4 do 11%), a zarazem przedstawia w nim jeden z głównych czynników trujących. W liczbie tych 20 spostrzeżeń znalazł autor w 13 tylko przypadkach wzmiankę o zaburzeniach ocznych, podnosi jednak zarazem, że ścisłość i dokładność badania okulistycznego pozostawiały po większej części wiele do życzenia. Wobec tego uważa on za stosowne ogłosić spostrzeżenie własne,

odnoszące się do 60letniego księdza, który zasnął w pokoju, gdzie gaz świetlny uchodził z niedokręconego kurka. Zatrucie w tym przypadku było bardzo silne, a przywrócenie chorego do przytomności kosztowało wiele trudu i pracy. Jakkolwiek potem, w krótkim stosunkowo czasie, odzyskał zdrowie i siły fizyczne, to jednak wzrok, od pierwszej chwili utracony, powoli tylko i stopniowo powracał. Równocześnie okazywał chory utratę pamięci i zdolności do oryentowania się, zniedołężnienie umysłowe i pewne utrudnienie mowy. Dokładne badanie oczu, wykonywane kilkakrotnie, wykazywało z początku ślepotę zupełną przy braku zmian wziernikowych, potem dość znaczne niedowidzenie ($^{6}/_{24}$), nadto znamienne ścieśnienie pola widzenia, utrzymujące się stale, pomimo, że bystrość wzroku naosiowa po upływie kilku miesięcy powróciła prawie do stanu prawidłowego. Badanie pola widzenia wykazywało obustronne widzenie połowicze — po lewej stronie pola widzenia zupełne, a po prawej częściowe. W obydwu oczach zachowaną była wrażliwość tylko w dolnym lewym kwadrancie siatkówki. Autor stwierdził również hemianopiczny odczyn źrenic. Jako anatomiczną podstawę tej hemianopsyi przyjąć można z wielkiem prawdopodobieństwem krwotoki lub ogniska rozmiękczynowe w korze obu płatów potylicznych. —

Dr K. W. Majewski.

Przypadek snu, trwającego siedm miesięcy. Zanik nerwów wzrokowych. Nowotwór przysadki mózgowej. (Sur un cas de sommeil prolonge pendant sept mois; l'atrophie des nerfs optiques; tumeur de l'hypophyse). Dr F. Soca. (»Nouvelle Iconographie de la Salpetriere«. 1900, III i IV).

Dziewczyna 18letnia, nieobciążona dziedzicznie ani nieokazująca żadnej skazy ogólnej, zlewając się w kąpieli zimną wodą, straciła przytomność, a gdy po pewnym czasie przyszła do siebie, zauważyła upośledzenie wzroku. Zresztą w ogólnem zdrowiu nie zaszła żadna zmiana. Gdy jednak wzrok podupadał coraz bardziej, udała się do szpitala Salpetrière, gdzie została przyjętą na oddział Dra Soca. Badanie wziernikiem wykazało obustronny rozpoczynający się zanik tarczy nerwu wzrokowego, wybitniejszy po stronie lewej. — Nazajutrz po przyjęciu Dr Soca zastał chorą pogrążoną w głębokim śnie, z którego jednak zdołano ją obudzić, wołając głośno po imieniu i wstrząsając za ramię. Obudziła się wtedy zupełnie, tak, jak ze snu naturalnego, i odpowiadała przytomnie na zadawane pytania, ale po krótkiej chwili zapadła znowu w sen letargiczny. Sen ten trwał u niej następnie prawie bez przerwy przez siedm miesięcy, to jest do zejścia śmiertelnego, spowodowanego zapaleniem płuc i oskrzeli na tle gruźlicy *(bronchopneumonia tuberculosa)*. Przez cały ten okres siedmiomiesięczny stan jej utrzymywał się bez zmiany;

dawała się budzić stosunkowo łatwo, ale usypiała natychmiast na nowo. Wyjątkowo budziła się sama, a właściwie budziło ją prawdopodobnie uczucie głodu, bo zawsze w takich razach domagała się posiłku. Wszystkie zresztą czynności fizyologiczne załatwiała prawidłowo. Z początku kilkakrotnie zdarzyły się puste, nerwowe wymioty, później jednak nie powtarzały się one już więcej. Natomiast w ostatnich miesiącach stwierdzono niejakie upośledzenie węchu po prawej stronie i lekki niedowład prawej ręki i prawej nogi. Rzadkie chwile, w których chora była przytomna, pozwalały śledzić stopniowy zanik jej władz umysłowych.

Przy sekcyi znaleziono nowotwór miękki, prawie rozpływający się, o utkaniu mięsaka, zajmujący część podstawy mózgu i oddzielony od kości oponą twardą. Nowotwór ten rozciągał się pod dnem trzeciej komory od *lamina perforata posterior* aż do nerwów węchowych *(tractus olfactorii).* Na boki dochodził pod przednią część *gyrus hippocampi.* Nowotwór zdawał się rozrastać kosztem przysadki mózgowej *(hypophysis cerebri),* obrastał obydwa nerwy wzrokowe i ich skrzyżowanie, jakoteż przednią część obydwóch *tractus optici.* Nerwy okoruchowe i odwodzące *(abducentes)* pozostały nienaruszone, natomiast *pedunculi cerebri* były widocznie ugniecione i rozsunięte. —

Autor porównywa to swoje ciekawe i rzadkie spostrzeżenie z ogłoszonymi już przypadkami choroby Gayet-Wernickego. Do obrazu tej choroby należy sen letargiczny, nieraz bardzo długotrwały (w jednym z przypadków Gayet'a pięć miesięcy), a pod względem anatomopatologicznym znamionuje się ona zmianami w mózgu *(poliencephalitis)*, obejmującemi szarą istotę okolic *aquaeductus Sylvii* i dna trzeciej komory. W przypadku wyżej opisanym okolice te doznawały właśnie największego ucisku. Mimo tego Dr Soca nie przesądza, czy szara istota tych części mózgu kryje w sobie ośrodek snu, jak to przypuszczają niektórzy autorowie. —

Dr K. W. Majewski.

4. *Odczepienie siatkówki po wystrzale z moździerza; oślepienie; samoistne przywrócenie wzroku.* (Ausgebreitete Netzhautabhebung nach Mörserschuss; Erblindung; spontane Wiederherstellung des Sehvermögens). Dr E. Bock z Lublany. (»Centralblatt f. Augenheilkunde«. 1900. IX).

Wskutek nieostrożności przy wystrzale z moździerza zostało jedno oko do szczętu zniszczone. podczas gdy na drugiem oku stwierdził autor wziernikiem całkowite odczepienie siatkówki, połączone z zupełnym brakiem poczucia światła. Przez trzy miesiące prawie stan się nic nie zmieniał. Po upływie trzeciego miesiąca przyszedł chory, którego dotychczas musiano prowadzić, z radosną

nowiną, iż od tygodnia widzi i sam chodzi. Badanie wziernikiem okazało, jak dawniej, całkowite odczepienie siatkówki, przyczem dno oka nie dawało czerwonego odblasku, źrenica zaś oddziaływała obecnie prawidłowo. Chory liczył palce na trzy metry; pole widzenia było zewsząd ścieśnione. Po upływie dalszych trzech miesięcy chory liczył już palce na pięć metrów; badanie wziernikiem okazywało mimoto dawny, niezmieniony stan rzeczy.

Przypadek zapadania się gałki w głąb oczodołu. (Ueber einen Fall von Retractionsbewegung des Auges). Dr Mitsiyasu Inouye z Okoyamy w Japonii. (»Die Ophthalmologische Klinik«. 1900. Nr. 18 i 19).

Przypadki zapadania się gałki w głąb oczodołu przy pewnych ruchach oczu — należą do rzadkości. Autor wyszukał w literaturze zaledwie ośm odnośnych spostrzeżeń. Türk jest zdania, że zjawisko to może mieć dwojaką przyczynę: albo jeden z mięśni prostych przyczepia się zbyt daleko od rogówki poza równikiem gałki i, kurcząc się, zamiast obracać, wciąga ją w głąb oczodołu, albo gałka oczna jest ze ścianą oczodołu nieprawidłowym zrostem tak silnie z jednej strony połączoną, że mięsień prosty po przeciwnej stronie nie może jej nadać właściwego obrotu i dlatego pociąga ją tylko w całości ku tyłowi. Anatomiczne badania Heuck'a i Bahr'a potwierdziły pierwsze przypuszczenie Türk'a, co do drugiego nie dostarczono dotychczas żadnego przekonywającego dowodu. Dr Mitsiyasu Inouye miał sposobność spostrzegać przypadek, w którym stwierdził niewątpliwie właśnie ten drugi rodzaj mechanizmu. Chory jego okazuje wrodzony zez rozbieżny oka prawego. Przy usiłowanem zwracaniu oka na wewnątrz gałka oczna wpada na 5 mm. w głąb oczodołu. Chory pozwolił sobie przeciąć spojówkę dla wykrycia przyczyny tego szczególnego objawu i autor mógł się przekonać, że mięsień prosty wewnętrzny był prawidłowo uczepiony i okazywał znaczny przerost czynnościowy. Natomiast po stronie zewnętrznej w miejscu, gdzie w prawidłowym stanie znajdujemy przyczep mięśnia prostego zewnętrznego, znalazł silny zrost łącznotkankowy, spajający gałkę oczną z tej strony prawie nieruchomo z zewnętrzną kostną ścianą oczodołu. — *Dr K. W. Majewski.*

Przyczynek do kazuistyki obcych ciał w worku spojówkowym. Dr Bohdan. (»Časopis lék. českých«. 1900. Nr 40).

Trzydziestopięcioletni rolnik miał być przed rokiem uderzony przy czyszczeniu zboża ziarnem w oko lewe. Odnosząc zapalne objawy do zranienia, wywołanego uderzeniem, leczył się sam okładami zimnymi, które mu jednak tylko chwilową ulgę przynosiły. Ciągle bowiem czuł mierny ucisk w oku, a powieki miewał z nocy silnie

zalepione. Zaniepokojony tak długo (blizko rok) przeciągającą się chorobą, udał się do autora, który, po odwróceniu powieki górnej, wyjął ze załamka napęczniałe, miękkie, prawie już kiełkujące ziarno żyta. Spojówka była silnie przekrwiona, obrzmiała, a na miejscu, gdzie to ciało obce leżało, była widoczna jamka, postaci owego ziarna. W 3 dni po zastosowaniu odpowiedniego leczenia wszelkie objawy ustąpiły. *Dr Łuniewski.*

Zapalenie miąższowe rogówki, jako objaw pierwotny zonae ophtalmicae. (De la kératite parenchymateuse comme manifestation primitive du zone ophtalmique). Dr Terrien. (»Arch. d'Ophtalm.« Sierpień. 1900).

Powikłania ze strony oka samego, zdarzające się w przebiegu zona ophtalmica, opisywane są już dawno, jednakże nie są one pierwszym objawem zaburzeń w zakresie nerwu trójdzielnego, owszem, jak Hutchinson pierwszy opisał, zjawiają się dopiero wtedy, gdy pęcherzyki na skórze dosięgły swej acme, lub też, gdy sprawa ma się już ku końcowi. Sulzer, później Morax, opisali swego czasu powikłanie zona ophtal., jako rzadkie względnie zjawisko, zjawienie się zapalenia rogówki miąższowego, i to pierwotnego, t. j. nie po owrzodzeniu. W przypadku Sulzer'a zapalenie to zjawiło się równocześnie z wysypką; Morax opisuje w swoim przypadku zjawienie się zapalenia rogówki w 8 dni po zjawieniu się wysypki. T. opisuje także to powikłanie, przytaczając historyę choroby, w której ten punkt jest odmiennym, że zapalenie rogówki miąższowe było częściowe i ograniczało się tylko do górnego odcinka rogówki i wystąpiło 14 dni przed wystąpieniem opryszczki.

Dr Brudzewski.

Keratitis annularis. K. Grunert. (Beilageheft zum »Klin. Monatsblatt f. Augenheilkunde«. 1900).

W r. 1885 Vossius pierwszy opisał keratitis interstitialis centralis annularis (10 przypadków). W roku 1890 Pfister podał 130 przypadków tej postaci zapaleń rogówki. Autor twierdzi, że literatura tego przedmiotu jest bardzo małą. Dla uzupełnienia muszę wspomnieć, że i ja, bodaj, czy nie pierwszy, spostrzegałem takie przypadki, i jeden z nich opisałem i objaśniłem ryciną w »Kauk. Med. Zborniku«, nr 5, jeszcze w roku 1868, w dziale keratitis exfoliativa. Dr G. opisał treściwie 7 spostrzeżeń i objaśnił je 34 rycinami na 2 tablicach (IV i V).

Przy tego rodzaju zapaleniach rogówki wytwarzają się współśrodkowe do jej obwodu zmętnienia i owrzodzenia, okrągłe albo owalne, pojedyncze, albo podwójne; kółka te, złożone z nacieku w miąższu rogówki, bywają albo całkowicie zwarte, lub też czę-

ściowe, niezłączone końcami. Naczynia krwionośne biorą mały udział w tem zapaleniu, pojawiają się głównie w okresie gojenia się. Etyologia sprawy tej niejasna, obwiniano kiłę wrodzoną. Leczono atropiną, żółtą rtęciową maścią, ciepłymi okładami i opaską.

W końcu rozprawy Dr G. wypowiada zdanie, że keratitis annularis wytworzeniem się, przebiegiem, zejściem i udziałem ogólnego stanu zdrowia zupełnie się różni od keratitis parenchymatosa, często zależnej od syphilis cong. lub gruźlicy i wogóle od przewlekłych ogólnych zachorzeń. Keratitis annularis do pewnego stopnia zbliżoną jest z powierzchownem jej cierpieniem przy herpes zoster, tu i tam wytwarzają się pęcherzyki i ubytek nabłonka, w obu też stwierdzamy często znieczulenie rogówki przy dotyku. *Dr J. T.*

Jednoczesne miesiączkowanie przez pochwę i skórę dolnej powieki. Doc. Dołganow. (»Wracz«. Nr 37).

Przypadek taki spostrzegano w oftalm. petersburskiej klinice u 25letniej chorej, która uskarżała się na tępy ból w oczach i nadoczodołowych okolicach przed i podczas miesiączkowania. Przed 8 laty na lewem oku zrobiono strabotomię, od 4 zaś lat co miesiąc, podczas odpływu krwi z pochwy, który trwa regularnie 9 dni, cieknie krew z zewnętrznego kąta lewej dolnej powieki; wypływ ten ma miejsce w pierwszych 2—3 dniach, potem ustaje na $1^1/_2$ lub 2 doby i dalej trwa do końca miesiączkowania. Krew z ciemniejącej wtedy powieki wydziela się obficie, cieknąc po twarzy i po boku nosa; w ciągu 2 godzin opaska z merli przemakała krwią; w krwawieniu tem spojówka nie brała najmniejszego udziału. W skórze powieki nie wykryto ani śladu pęknięcia lub zdrapania. Krew, zbadana histologicznie, składała się z niezmienionych ciałek krwi, mających mało skłonności do składania się w rułoniki, białych ciałek krwi było bardzo mało, co autora naprowadza na myśl, że krwawienie miało tu miejsce prędzej per rhexin, aniżeli per diapedesin. Krwawienie ze skóry (papillae) lub też z naczyń potowych gruczołów powiek, przy prawidłowem wogóle miesiączkowaniu, przedstawia dziwny naczynioruchowy refleks, który, nie wiadomo dlaczego, wybrał w tym celu skórę lewej dolnej powieki. U tej chorej znaleziono: endometritis chron. i perioophoritis lewego jajnika, a także zwężenie chromatycznego pola widzenia, szczególnie w lewem oku.

Dr J. T.

III. ZE STOWARZYSZEŃ.

Z XIII międzynarodowego kongresu lek. paryskiego.

Sekcya patologii ogólnej.

O zaburzeniach ocznych w przebiegu chorób przewodu pokarmowego.

Le Gendre. W przebiegu chorób przewodu pokarmowego występują niezbyt rzadko różne zaburzenia narządu wzrokowego. W cierpieniach jelit lub żołądka, połączonych ze znaczną utratą płynów (wymioty, biegunka), występuje zazwyczaj mniej lub więcej wybitny *enoftalmos,* a wyjątkowo tylko zdarza się w przypadkach tych przemijający trzeszcz gałek ocznych, czemu towarzyszy zazwyczaj znaczniejszy nawał krwi do głowy i twarzy. W przypadku gwałtownej kolki żółciowej widział Le Gendre jednostronne rozszerzenie źrenicy. Pod wpływem zastrzykiwań morfiny, stosowanych dla uśmierzenia bólów, występowała na drugiem oku *miosis,* podczas, gdy źrenica rozszerzona nie ulegała zmianie. Wogóle rozszerzenie źrenicy towarzyszy takim cierpieniom przewodu pokarmowego, które powodują silne bóle i połączone są ze wzdęciem brzucha; zwężenie natomiast źrenic występuje raczej w stanach przewlekłej niestrawności, nieżytów jelitowych, prowadzących do charłactwa. Z innych zaburzeń ocznych w przebiegu cierpień żołądkowych należy wymienić: zez, dwuwidzenie, nystagmus, niedomogę akomodacyi, mroczki świetlne *(scotoma scintillans)* i t. d. Jako jedyną przyczynę wszystkich tych objawów ocznych uważa Le Gendre samozatrucie ustroju wytworami różnych fermentacyi, wywołanych zaburzeniami w narządzie trawienia.

Sekcya neurologii.

Wiąd rdzenia a ślepota.

P. Marie i M. Switalski. W liczbie chorych, dotkniętych wiądem rdzenia i równocześnie zanikiem nerwów wzrokowych, spotykamy się bądźto z osobnikami wycieńczonymi rozwiniętym i długotrwałym już typowym wiądem z zupełnym bezładem, a nawet bezwładem kończyn, ze zaburzeniami odżywczemi i t. d., bądźteż z takimi, u których rozpoczynający się wiąd rdzenia lekkiej postaci, przy ogólnem dobrem wyglądaniu, objawia się zaledwie z rzadka występującymi bólami strzelającymi i zniesieniem odruchu kolanowego. Zdaniem autorów należy zatem rozróżniać dwie postaci chorobowe: tabes ze zanikiem nerwów wzrokowych *(le tabes avec atro-*

phie papillaire) i zanik nerwów wzrokowych u tabetyków *(l'atrophie papillaire des tabétisants)*.

Babiński nie podziela zapatrywania, wygłoszonego przez Benedikt'a i Dejerine'a, że wczesny zanik nerwów wzrokowych powstrzymuje niejako dalsze zwyrodnienie sznurów tylnych, chociaż nawet Charcot był zwolennikiem tej myśli, wyrażając ją malowniczo, że niszcząc nerwy wzrokowe *„le Monstre s'était satisfait“*.— Babiński widział wielu wcześnie oślepłych tabetyków, których wiąd, mimo tego, w niepowstrzymanym pochodzie stopniowo zupełnie ubezwładnił i zniszczył.

Dejerine występuje w obronie antagonizmu, jaki, zdaniem jego, zachodzi między zanikiem nerwów wzrokowych a zwyrodnieniem sznurów tylnych, i wskazuje na nierzadko spostrzegane zjawisko, że z chwilą zupełnej utraty wzroku tabetyk doznaje pewnej ulgi ze strony bólów strzelających w kończynach dolnych.

Brissaud popiera zapatrywanie Dejerine'a i wyraża głębokie przekonanie, że, gdy już ślepota jest zupełna, wtedy dalszych postępów choroby nie należy się obawiać, i twierdzi, że nie widział jeszcze ani razu u tabetyka zupełnie już ślepego — objawu Romberg'a lub też bezładu ruchowego.

Pismo zwierciadlane[1]).

Dr Ballet miał sposobność spostrzegać, jak u ośmioletniej dziewczynki, która była z urodzenia mańkutem, wyrobiło się pismo zwierciadlane *(écriture en miroir)*. Dziecko to w szóstym roku życia nauczyło się pisać przy pomocy starszej siostry, a raczej przypatrując się jej tylko, gdy pisała. Samo jednak pisało zawsze od prawej ręki ku lewej i używało do pisania wyłącznie ręki lewej tak długo, dopóki jej w szkole tego sposobu pisania nie oduczono. Karol Vogt wypowiedział twierdzenie, że pismo zwierciadlane jest prawidłowem pismem lewej ręki. Ballet na podstawie powyższego spostrzeżenia rozszerza i uzupełnia to zdanie w sposób następujący:

Pismo zwierciadlane jest pismem naturalnem i prawidłowem u mańkutów, u których wychowanie, a w szczególności nauka szkolna nie wypaczyły *(fausser)* tej wrodzonej skłonności.

Dr Sollier utrzymuje, że sprawa pisma zwierciadlanego jest o wiele zawilszą, niż ją przedstawia Dr Ballet. Nie chodzi tu jedynie o samo tylko zaburzenie czynności mięśniowych, ale także ważną rolę odgrywają tutaj wzrokowe błędne wyobrażenia co do strony prawej i lewej. Drowi Sollier'owi powiodło się u osób histerycznych sprawić, że uważały rękę prawą za lewą i odwrotnie.

---

[1]) Por. »Postęp Okulistyczny«. 1900. Str. 108.

W ten sposób zdołał u osób tych wytworzyć następnie zdolność do pisma zwierciadlanego. Nakoniec oświadcza się Dr Sollier przeciw zapatrywaniu, jakoby istniał w mózgu gdziekolwiek osobny »ośrodek pisma«. —

Sekcya dermatologii i syfiligrafii.

O przyczynach ogólnego zakażenia przy rzeżączce.

Dr Balzer z Paryża:

W wykładzie swym zestawia autor rozmaite zapatrywania na sposób, w jaki powstają różne zaburzenia ogólne w przebiegu rzeżączki miejscowej. We wielu przypadkach zostały w narządach, dotkniętych przerzutowem zapaleniem, wykryte dwoinki Neisser'a, n. p. w wysięku zapalnym, pochodzącym z jamy zajętych stawów. Niejednokrotnie oprócz gonokokków znaleziono równocześnie i inne bakterye, zwłaszcza ropne, co świadczy o zakażeniu mieszanem. W przypadkach, gdzie badanie bakteryologiczne zapalnych wysięków żadnych drobnoustrojów nie zdołało wykazać, przyjmuje Dr Balzer działanie toksyn, tak zwanych *gonotoksyn.* Gonotoksyny te mają być wytworem życiowej przemiany materyi, odbywającej się w dwoinkach rzeżączkowych, gdyż, wedle de Christmas'a, przechodzą one do przesączu tylko żywych hodowli gonokokka. Płyn w ten sposób otrzymany posiada wielką jadowitość i już w bardzo małych dawkach zabija morskie świnki w kilku godzinach. Autor zwraca uwagę, że przerzutowe zapalenie spojówki oka w przebiegu rzeżączki cewki moczowej może przyjść do skutku każdą z wyżej wymienionych dróg. Raz jednak tylko znalazł Morax w wydzielinie spojówkowej z podobnego przypadku Neisser'owskiego gonokokka. W innych ogłoszonych przypadkach przerzutowych zapaleń ocznych pośredniczyły zapewne owe gonotoksyny.

(Według »Semaine médicale«.)

Dr K. W. Majewski.

IV. LECZNICTWO.

32. **Krople z ichtyolu** 10% (z gliceryną) zachwala A. Bielewicz przy jaglicy: mieszki stopniowo zmniejszają się, nowe nie wytwarzają się, i po 3—4 tygodniach spojówka przybiera wygląd prawidłowy; nawet śluzoropna wydzielina tej ostatniej pod wpływem ichtyolu szybko ustępuje; środek ten działa tu jako zwężający krwionośne naczynia, jakoteż przeciwgnilnie. Autor przy tem leczeniu spostrzegał u niektórych chorych niewielki ból w kościach oczodołu. — Taki rozczyn

wywołuje lekkie pieczenie w spojówce, trwające od 5 do 10 minut. U chorych, którzy przywykli do tego środka, można powiększyć stężenie rozczynu do 20%, nigdy jednak, z powodu silnego pieczenia, do 30 do 50%, jak poleca Eberson. Zapuszcza się krople ichtyolowe raz lub dwa razy na dzień.

(„Wojenno-medicinskij Żurnał“. Sierpień. 1900.) *Dr J. T.*

33. **Amyloform, jako gazę amyloformową**, zaleca Dr Meyer zamiast jodoformu. Działa ona równie skutecznie, a nawet może skuteczniej, niż jodoformowa, nie wydaje zaś nadto, jak ta ostatnia, przykrej woni. Gazę tę przepisuje się w ten sposób: Amyloformii 5,0—10,0; Glycerini 10,0; Spiritus 50,0; Aetheris 40,0; Ol. ricini 0,5 M. f. Emulsio. Płynem tym napojoną gazę wyjaławia się w parze.

(„D. aerzt. Praxis“). *W.*

V. ROZMAITOŚCI.

Jaglica w wojsku rosyjskiem. Świeżo opuściła prasę książka p. t. „Otczot o sanitarnom sostojanii russkoj armii za 1898 god“ (Petersburg. 1900), gdzie znajdujemy dział, poświęcony chorobom ócz. W leczniczych zakładach leczono w 1898 r. 16.568 chorych na oczy, lub 16,8 na 1000 ludzi wogóle; z nich zwolniono ze służby 1361 lub 1,4 na 1000 ludzi wogóle; w liczbie uwolnionych ze służby zapisano 97 ślepych na jedno oko i 5 ślepych na oba oczy. Prócz tej liczby poważniej chorych, leczono mnóstwo chorych ocznych ambulatoryjnie, a także przy oddziałach wojska. Nagminne wystąpienie chorób ocznych zapisano w 2 miejscowościach, przeważnie w oddziale, wysłanym na wyspę Kretę, dokąd musiano posłać moskiewskiego okręgowego okulistę: epidemię przerwano przez odesłanie wielkiej liczby dotkniętych jaglicą do Odessy.

Nas zajmują chorzy dotknięci jaglicą; tak w powyższem sprawozdaniu podana następująca ich liczba, którą — z własnego wieloletniego doświadczenia — podajemy z wielkiem zastrzeżeniem, że jest o wiele mniejsza, aniżeli to bywa w rzeczywistości (z powodów głównie administracyjno-wojskowych), przytem liczby te pochodzą tylko ze sprawozdań szpitalnych i te są jedynie prawdziwe.

W	petersburskim	wojskowym	okręgu . . .	129
„	warszawskim	„	„ . . .	1413
„	wileńskim	„	„ . . .	452
„	kijowskim	„	„ . . .	1749
„	odeskim	„	„ . . .	767
„	moskiewskim	„	„ . . .	233
„	kazańskim	„	„ . . .	37
„	kaukazkim	„	„ . . .	674
„	turkiestańskim	„	„ . . .	55

O ile urzędowe liczby te dają wyobrażenie o rzeczywistej ilości jaglicą dotkniętych szeregowców, przekonywa dodatek do sprawozdania z turkiestańskiego wojskowego okręgu, w którym powiedziano: „w szeregach mieliśmy 1112 jaglicowych szeregowców“, a z nich leczono w szpitalach tylko 55; pytanie, ilu ich było leczonych ambulatoryjnie i przy swych komendach w warszawskim i kijowskim wojskowych okręgach, jeśli w samych szpitalach zapisano więcej, niż półtora tysiąca jaglicowych? W wileńskim okręgu wojskowym liczono ich w szeregach 6883, czyli 55,5 na 1000 ludzi wogóle; w warszawskim — 13101, czyli 54,9 na 1000 ludzi wogóle. Skoro w kijowskich spitalach leczono 1749 jaglicowych, to jest więcej, aniżeli w szpitalach Królestwa Polskiego, to powinno być w wojsku kijowskiego okręgu daleko więcej, aniżeli w szeregach wojsk warszawskiego okręgu, tymczasem podano ich tylko 3060 z liczby 9014 wogóle wszystkich chorych, — liczba zupełnie nieprawdopodobna i zapewne podana pod wpływem miejscowej administracyi wojskowej. której nie podoba się wielki % chorych na oczy w tym okręgu.

Niezależnie od uwolnionych od wojska w liczbie 1361 z powodu przewlekłych chorób ocznych, naturalnie prawie wszystkich jaglicowych, w r. 1898 tysiące żołnierzy z ocznemi chorobami opuściło szeregi, jako urlopowani do zapasu armii, roznosząc jaglicę, a z nią zarazę do miast, a przeważnie do wsi. W jednym odeskim wojsk. okręgu uwolniono takich chorych 1636, a przyjęto natomiast jaglicowych nowobrańców 2866. Oczywiście taki circulus vitiosus w armii rosyjskiej miał ten skutek, że jaglica z jednej strony podtrzymywała się i szerzyła się w wojsku, z drugiej zaś, że zaraza przenosiła się do ludności przeważnie wiejskiej. *Dr J. T.*

VI. JAWNA KORESPONDENCYA.

Dr A. Bednarski ze Lwowa donosi nam, co następuje:

Dr J. Talko na ostatnim zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w dyskusyi nad moim odczytem „Ciała obce żelazne w oku“ i t. d. twierdził, iż „wydaje mu się, że niesłusznie nosi on (sideroskop) nazwisko Asmusa, gdyż Narbutt, historyk Litwy, wspomina, że już przed 70 laty używano igły magnetycznej do wykrycia obecności żelaza w oku“ („Postęp Okulistyczny“. Str. 325. Sierpień. 1900).

W wyjaśnieniu tej sprawy pozwalam sobie przytoczyć odpis odnośnego referatu Narbutta z „Dziennika Wileńskiego“. R. 1829 (w dziele Dra I. Bielińskiego jest tylko tytuł podany), z którego wynika, że sideroskopu p. Le Baillif wcale nie używano do wykrycia obecności żelaza w oku.

Przytoczony odpis brzmi:

»Dziennik Wileński«. Rok 1829. Tom IV. Str. 131. Sideroskop, nowe narzędzie magnetyczne, wynalazku pana Le Baillif; przez Teodora Nar-

butta. Pisma naukowe peryodyczne niezbyt dawno doniosły o ciekawem odkryciu pana Le Baillif względem działań na magnes wielu ciał takich, które za zupełnie obojętne w tym względzie fizyka dotąd uważała. Udało się bowiem wynalazcy urządzić prosty aparat magnetyczny, bardzo czuły, z którym doświadczenia czyniąc, w przytomności wielu światłych osób, szczególniej pana Ampère, skutek jego dowodnie okazał. Skład sideroskopu jest następujący: Bierze się proste źdźbło słomy, długości 9 cali. Jeżeliby nie było proste, należy końce źdźbła w małe śrubsztaczki ująć; śrubsztaczek obciążyć »gwichtem«, 4 funty ważącym; słomkę zmoczyć i gorące żelazo nad nią przesunąć. Potem magnesuje się do sytości trzy igły do szycia: dwie, ważące po jednym »granie«, a trzecia $1^1/_2$ »grana«. Z tych pierwsze wtyka się w grubszy koniec słomki, poziomo, jedna naprzeciw drugiej, w odległości 4 linii. Trzecią, większą, wtyka się podobnież w końcu cieńszym słomki. Całe narzędzie zawiesza się na nici jedwabnej w pudełku szklannem. Taki układ biegunów igieł zupełnie znosi działanie magnetyzmu ziemnego, zwłaszcza przy należytej długości słomki, co nawet powiększa czułość narzędzia. P. Le Baillif wyszczególnia metale, które przyciąganie okazywały, jako to: wszelkie złote i srebrne pieniądze, stare i nowe, francuskie i zagraniczne, zwłaszcza wszystkie monety włoskie, srebrne. Wszelkie kopalne, roślinne i zwierzęce istoty, które jakikolwiek zawierają w sobie ślad żelaza, niklu lub kobaltu. Platyna, chociażby najlepiej oczyszczona. Wszelkie popioły z wodą gumową w laseczki zarobione. Krew w słabym nawet roztworze, byle ogrzana; też cukier; czekolada, szkło butelkowe; zielony i czarny turmalin, niepotarty ani ogrzany; granaty; awanturyn sztuczny i kryształ górny, topaz żółty, koperwas żelazny, farba berlińska, wszystkie płody wulkaniczne. Wszelkie aliaże metaliczne, mianowicie szpilki mosiężne, nawet najcieńsze, jakich entomologowie używają; spalone podeszwy od trzewików; a jeszcze mocniej wnętrze rogu wołowego spalone; kość słoniowa przepalona, drzewo i t. d. Nie okazują zaś działania: galareta, skóry, kość słoniowa, drzewo, słoma, papier biały, spat wapienny, siarka, ambra, opal, wosk, kakao i kawa palona, cukier rafinowany, cukier mleczny, saletra, ołów, dyament, węgiel pospolity, topaz biały brazylijski i t. d. Wywierają odpychanie: bizmut, nawet bardzo czysty, jako też antymon, lecz nie tak w wysokim stopniu. Autor robi jeszcze uwagę, że trzeba być ostrożnym co do skutków elektryczności, mającej wpływ w tych doświadczeniach: gdyż, kiedy węgiel trzmielinowy potarł tylko palcami, spostrzegał w nim mocne przyciąganie. Za dowód czułości narzędzia przytacza jeszcze p. Le Baillif, że samo ciepło palca, którym koniec druta 62 stopy długiego przyciskał do krążka antymonialnego, mogło w przeciągu 8 sekund sprawić zboczenie na 90 stopni. —

(Bulletin univers.)

Omyłki drukarskie.

Str. 332 przy fot. nr. 2, zam. „inne miejsce tegoż preparatu“, czyt.: czysta hodowla prątka M.-A. przy powiększeniu 2250.

Str. 358, zam. „Dr Sueguirew“, czyt.: Dr Sneguirew, czyli po polsku Sniegirew.